

ARTIGO ORIGINAL

<https://doi.org/10.61910/ricm.v8i1.317>

Perfil epidemiológico das pacientes submetidas à histeroscopia diagnóstica em hospital universitário: um estudo retrospectivo

Epidemiological profile of patients undergoing diagnostic hysteroscopy in a university hospital: a retrospective study

BÁRBARA MACHADO GARCIA¹ , CAROLINA CARVALHO TOLENTINO¹ , JÚLIA DE OLIVEIRA ABRAHÃO REIS¹ , MARIA ANTÔNIA LOIOLA PACE¹ , WALTER ANTÔNIO PRATA PACE¹ 

¹FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS – BELO HORIZONTE, MG-BRASIL

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA: WALTER ANTÔNIO PRATA PACE. RUA FREI GONZAGA, 125. MANGABEIRAS. CEP 30315-170. BELO HORIZONTE, MG-BRASIL.

EMAIL: WALTERAPPAGE@GMAIL.COM

RESUMO

Introdução: A histeroscopia ambulatorial é um procedimento minimamente invasivo que permite a visualização direta da cavidade uterina. Atualmente, é considerado um método de diagnóstico e terapia padrão-ouro para muitas afecções intrauterinas. O perfil epidemiológico das pacientes que se submetem a este procedimento é uma nuance importante a ser estudada. **Objetivo:** Construir um perfil epidemiológico das pacientes atendidas por serviço de histeroscopia em hospital de ensino. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo que visa analisar características epidemiológicas e achados histeroscópicos observados em pacientes que realizaram exame em hospital universitário entre 2011 e 2022. **Resultados:** Foram incluídas 3804 pacientes com uma média de idade de 49,9 anos. 44,6% estavam na pós-menopausa. A maioria apresentava alguma comorbidade (56%), sendo a hipertensão arterial a mais comum (39%). A principal queixa foi sangramento uterino anormal (44%), seguido por pacientes assintomáticas com indicação de pesquisa endometrial (43%). Em relação à ultrassonografia, foram documentados 3235 exames. Os principais achados foram espessamento endometrial (40%) e pólipos (33%). Todas as pacientes foram submetidas à histeroscopia e 80% delas apresentaram alterações no exame, sendo 50% delas pólipos. Outras afecções incluíram: espessamento endometrial (19%), miomas (12%) e estenose cervical (11%). Foram realizadas 394 biópsias durante o exame de histeroscopia. 61% delas correspondiam a pólipos, e 15% eram sugestivas de malignidade. **Conclusão:** Foi possível traçar um perfil epidemiológico consistente das mulheres submetidas à histeroscopia ambulatorial no Brasil. Os dados são concordantes com a literatura internacional sobre o tema. A histeroscopia mostrou-se um método eficiente e resolutivo para investigação da cavidade uterina.

Palavras-chave: Histeroscopia; Doenças Uterinas; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Ambulatory hysteroscopy is a minimally invasive procedure that allows direct visualization of the uterine cavity. Currently, it is considered a gold standard diagnostic and therapeutic method for many

intrauterine conditions. The epidemiological profile of patients undergoing this procedure is an important aspect to be studied. **Objective:** To construct an epidemiological profile of patients seen in a hysteroscopy service at a teaching hospital. **Method:** A retrospective cohort study aimed at analyzing epidemiological characteristics and hysteroscopic findings observed in patients who underwent examinations at a university hospital between 2011 and 2022. **Results:** A total of 3804 patients were included with an average age of 49.9 years. 44.6% were postmenopausal. The majority had some comorbidity (56%), with hypertension being the most common (39%). The main complaint was abnormal uterine bleeding (44%), followed by asymptomatic patients with an indication for endometrial research (43%). Regarding ultrasonography, 3235 examinations were documented. The main findings were endometrial thickening (40%) and polyps (33%). All patients underwent hysteroscopy, and 80% of them showed abnormalities on the exam, with 50% of them being polyps. Other conditions included endometrial thickening (19%), fibroids (12%), and cervical stenosis (11%). A total of 394 biopsies were performed during hysteroscopy. 61% of them corresponded to polyps, and 15% suggestive of malignancy. **Conclusion:** It was possible to outline a consistent epidemiological profile of women undergoing ambulatory hysteroscopy in Brazil. The data are consistent with international literature on the subject. Hysteroscopy proved to be an efficient and conclusive method for investigating the uterine cavity.

Keywords: Hysteroscopy; Uterine Diseases; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A mucosa endometrial que engloba a cavidade uterina pode sofrer diversas alterações anatômicas e histopatológicas ao longo da vida, tanto no período pré-menopausa quanto após a menopausa. Estas podem ser be-

nignas, tais como pólipos endometriais e leiomiomas submucosos; com potencial de malignidade, como as hiperplasias endometriais; ou francamente malignas, como o carcinoma endometrial¹. Ademais, a cavidade uterina pode ser avaliada diante de queixas como a infertilidade, que exige uma análise direta da mucosa endometrial e prováveis intervenções em patologias que interferem no processo de fecundação, nidação ou na própria manutenção da gestação².

Nesse sentido, a busca por métodos de alta especificidade e sensibilidade levou ao desenvolvimento da Histeroscopia, o atual padrão-ouro para a investigação da cavidade uterina^{3,4}. Suas vantagens em relação aos outros métodos, como a curetagem, devem-se principalmente à possibilidade de confirmação anatomo-patológica das lesões identificadas visualmente, por meio da biópsia dirigida. Ao mesmo tempo, permite também a aplicação da abordagem “ver e tratar”, com a possível resolução de inúmeras condições, desde o diagnóstico e tratamento de pólipos ou leiomiomas, à retirada de corpos estranhos ou produtos de abortamento⁵. Assim, suas indicações atuais incluem o sangramento uterino anormal, suspeitas de massa na cavidade endometrial, espessamento endometrial anormal, infertilidade ou problemas de implantação do embrião, aderências intrauterinas, entre outros achados anormais suspeitos na cavidade uterina⁶.

Na última década, o interesse pela técnica levou ao investimento em larga escala para o desenvolvimento de histeroscópios flexíveis e de pequeno diâmetro, o que permite uma maior tolerabilidade e segurança durante o procedimento⁷. Isso acontece devido à dispensa da necessidade de anestesia ou sedação, sendo que esses aspectos possibilitam a implementação do procedimento a nível ambulatorial, trazendo inúmeros benefícios ao paciente e reduzindo os custos no sistema de saúde; o que se deve à redução do tempo de internação e à eliminação do caráter invasivo de

abordagens cirúrgicas transabdominais, comumente indicadas anteriormente⁸.

Dessa forma, por tratar-se de um procedimento minimamente invasivo, de baixo custo, alta acurácia e, portanto, com maior satisfação entre as pacientes, ginecologistas na prática clínica devem estar familiarizados com o uso da histeroscopia no diagnóstico e tratamento de patologias uterinas^{8,9}. Assim, diante da importância da histeroscopia na atualidade e levando em consideração seu potencial de expansão na investigação de patologias intrauterinas, o presente estudo buscou traçar o perfil epidemiológico das mulheres submetidas à histeroscopia ambulatorial entre 2011 e 2022, de forma que, a partir da análise epidemiológica e estatística dos dados obtidos pelos prontuários das pacientes, pretende-se contribuir com o estabelecimento das principais queixas e indicações para a realização do procedimento, direcionando-o corretamente, além dos principais achados. Ademais, ao caracterizar o perfil epidemiológico dessas pacientes, colabora-se para determinar a demanda do SUS em relação às pacientes submetidas a este exame.

Em estudo epidemiológico publicado em 2023 por Tsonis, O. et al, feito com 2675 pacientes submetidas a histeroscopia em Hospital Universitário na Grécia foi constatado as principais indicações para realização do procedimento. No perfil da população em estudo foram comuns a presença de indicações por sangramento uterino anormal (n=819), evidência sócio gráfica de pólipos (n= 322), subfertilidade (n= 304), evidencia sonografia de miomas (n= 277), abortos espontâneos recorrentes (n = 202), desequilíbrio do ciclo menstrual (n = 154) e aumento da espessura endometrial (n = 151). Para as mulheres em idade reprodutiva (n=2052) as indicações mais comuns foram SUA e subfertilidade e pólipo. Já nas mulheres menopáusicas, as indicações mais comuns foram SUA, aumento do espessamento endometrial e uso de tamoxifeno.

Ademais, um estudo com objetivos e método parecidos com este foi publicado em 2019 por Costa, A. et al, explicitando o perfil epidemiológico de pacientes que realizaram histeroscopia cirúrgica na região de Recife, Pernambuco, no período de 2018-2019. O estudo contou com amostra de 34 pacientes, com uma média de idade de 50 anos. A principal comorbidade encontrada foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acometendo 47,1% das pacientes; a mediana do número de gestações foi de 03 e o de paridade foi de 02, em que, destes partos, 64,3% foram natural, e 35,7% cesariana. O principal achado da histeroscopia foi pólipos endometrial, que se apresentou em 64,7% dos casos, seguido do mioma em 26,4%. Entretanto, a pequena amostra do estudo é uma importante limitação.

Ao dispor de um número amostral significativo de pacientes, o presente estudo pretende traçar o perfil epidemiológico das pacientes submetidas a histeroscopia no Brasil. Assim, pretende-se complementar a literatura atual nesse assunto, ao abordar uma amostra de 3804, sendo um dos coortes mais representativos na área da histeroscopia, abrangendo diversos subgrupos submetidos à técnica.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, do tipo coorte transversal, que foi realizado a partir da coleta de dados em prontuário das pacientes que foram submetidas ao exame da histeroscopia diagnóstica em Hospital Universitário. Os prontuários analisados constam de janeiro de 2011 a novembro de 2022.

O atual software de gestão hospitalar utilizado pelo hospital é o sistema Tasy, assim, pesquisadores com experiência prévia no uso do sistema e treinados para coletar os dados das pacientes foram responsáveis por essa etapa do estudo. As coletas ocorreram nas dependências do ambulatório e da biblioteca da ins-

tuição no período de janeiro a junho de 2023. É importante destacar que, previamente ao início da coleta de dados, o presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o CAAE: 61043622.3.0000.5134.

A amostra incluiu pacientes usuárias do Serviço Único de Saúde (SUS) que compareceram ao hospital escola para a realização do exame de vídeo-histeroscopia. Os dados da pesquisa foram coletados a partir dos exames realizados pelo serviço de Pós Graduação em Ginecologia Minimamente Invasiva do hospital. O estudo incluiu como participantes mulheres, maiores de 18 anos, que foram encaminhadas para a realização da histeroscopia diagnóstica no serviço. Já entre os critérios de exclusão estão as pacientes grávidas e as que apresentavam sangramento expressivo à realização do exame. Por fim, também são excluídos prontuários cuja coleta de dados foi incompleta, com menos de 80% dos dados preenchidos, nessa etapa foram excluídas 218 participantes.

Nos prontuários analisados, obtivemos as variáveis categóricas das pacientes incluídas no estudo, tais como: idade, estado menopausal, paridade e via de parto, queixa principal, comorbidades e cirurgias prévias. Além disso, tivemos acesso aos resultados de ultrassons realizados previamente ao exame da histeroscopia.

Em relação à histeroscopia tivemos acesso às indicações do exame, seu resultado e se houve a realização de biópsia ou não durante o procedimento, além do resultado anatomopatológico. Também foi documentado o destino da paciente, seja o encaminhamento para o ambulatório, para histeroscopia cirúrgica, second look, alta, entre outros. Diante disso, para a sistematização da coleta de dados foi criada uma planilha no programa Excel® que foi preenchida com base nos dados dos prontuários das pacientes.

Análise de dados

Todas as informações coletadas foram inseridas em um banco de dados criado no programa Excel®, contando com o número de atendimento de cada paciente submetida à histeroscopia ambulatorial na instituição e seus respectivos dados. Em relação à metodologia de análise de dados, as variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas e as variáveis numéricas, como média \pm desvio-padrão e/ou mediana (1º quartil – 3º quartil). As variáveis numéricas foram submetidas ao teste de Normalidade de Anderson-Darling e para comparação de médias foi utilizado o teste t ou o teste de Mann-Whitney. Para avaliar associações entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher. Será utilizado nível de significância de 5%, em que os dados foram analisados no software R, versão 4.0.0.

RESULTADOS

Foram incluídas 3.804 pacientes do sexo feminino, com idades entre 18 e 92 anos. É possível destacar que a idade média estimada se enquadra em torno de 49,97 anos com um desvio padrão de 13,18 anos. Dentre as participantes, 76% das mulheres analisadas encontravam-se entre 34 e 65 anos, 10,2% situavam-se entre 18 e 33 anos e apenas 3,3% apresentavam idade acima de 75 anos.

Além disso, 44,6% das pacientes estavam na pós-menopausa, ou seja, sem menstruar por 12 meses consecutivos. Em relação à paridade, a média de filhos entre as participantes que tiveram filhos foi de 2,67. A maioria delas informou ter entre 3 e 5 filhos ao longo da vida, representando 37% das mulheres incluídas no estudo. Ademais, 34% tiveram 1 ou 2 filhos, sendo que apenas 19% são nulíparas.

A maioria das pacientes apresenta comorbidades (56%). Dentre essas mulheres, a hipertensão arterial foi a patologia mais comum, acometendo 70% delas.

Outras comorbidades como diabetes (23%), dislipidemia (16%) e hipotireoidismo (15%) também foram identificadas. Em relação aos hábitos de vida, verificou-se que 4.7% das mulheres fizeram uso de tabaco ao longo da vida e 4.2% eram ou já foram etilistas ao longo da vida.

A queixa principal foi sangramento uterino anormal (44%). Assim, o termo SUA se refere ao grupo de mulheres que apresentou sangramento não condizente ao seu ciclo menstrual padrão, seja sangramento intermenstrual ou de intensidade anormal durante o período menstrual. Pacientes assintomáticas, porém com indicação de pesquisa endometrial, também foram submetidas ao exame (43%). Dor pélvica (13%) e infertilidade (9.2%), apesar de uma prevalência relativamente baixa, acometeram 492 e 345 mulheres, respectivamente. Apenas um pequeno percentual das queixas incluiu outros achados ultrassonográficos como possíveis malformações uterinas (3.6%) ou avulsão de DIU na cavidade (2.7%).

Resultados de US

Durante o estudo, 3.235 exames de ultrassonografia transvaginal foram documentados, sendo os resultados demonstrados na tabela 1. A posição uterina mais comum foi a anteversão (89%). Os achados mais prevalentes nos exames de US das pacientes foi a visualização de espessamento endometrial (40%), além da identificação de pólipos na cavidade (33%). Em relação aos miomas, 19% das pacientes apresentaram miomas submucosos e 16% intramurais.

Tabela 1: Dados dos exames ultrassonográficos fornecidos pelas pacientes encaminhadas para realização de histeroscopia entre 2011 e 2022

TOTAL	3,235 (100%)
Posição uterina	
Antevertido	2,751 (89%)
Intermediário	12 (0.4%)
Retrovertido	337 (11%)
Pólipo	
NÃO	2,174 (67%)
SIM	1,061 (33%)
Mioma intramural	
NÃO	2,721 (84%)
SIM	514 (16%)
Mioma submucoso	
NÃO	2,607 (81%)
SIM	628 (19%)
Adenomiose	
NÃO	3,176 (98%)
SIM	59 (1.8%)
Espessamento endometrial	
NÃO	1,937 (60%)
SIM	1,298 (40%)
Malformação uterina	
NÃO	3,198 (99%)
SIM	36 (1.1%)
Outros Achados	
NÃO	3,132 (97%)
SIM	102 (3.2%)

Resultados da Histeroscopia

Todas as pacientes foram submetidas à histeroscopia e 81% delas apresentaram alterações nos exames, como demonstrado na tabela 2. O achado mais comum foi a presença de pólipos na cavidade, acometendo 50% das pacientes. Identificou-se que 13.2% das pacientes apresentaram miomas ao exame. Apenas 12% das participantes apresentaram espessamento endometrial à visualização direta, sendo que um total de 54 pacientes (1.5%) apresentaram sinais sugestivos de malignidade.

Em relação à estenose cervical, 11% das pacientes apresentaram esse achado. Porém, apenas 6% de todos os exames realizados foram interrompidos por dor. Dentre os exames interrompidos por dor, 82% das pacientes apresentaram estenose cervical.

Sobre o seguimento das pacientes, 51% das pacientes receberam alta da histeroscopia e foi sugerido acompanhamento ambulatorial. Além disso, 45% das pacientes foram encaminhadas para a histeroscopia cirúrgica. Nesse caso, o achado histeroscópico que mais levou a esse encaminhamento foi a presença de pólipos na cavidade. Por fim, apenas 0.6% das pacientes foram encaminhadas à Oncologia.

Resultados da biópsia

Foram realizadas 394 biópsias durante o exame de histeroscopia ambulatorial. Em relação aos resultados da análise histológica das amostras coletadas, 61% delas correspondiam a pólipos. Por fim, apenas 15% das biópsias tiveram achados sugestivos de malignidade relacionada ao câncer de endométrio. Os resultados são apresentados na tabela 3.

Análise baseada em subgrupos: Estado Reprodutivo X Estado Menopáusico

As pacientes foram divididas em dois grupos: pré e pós menopausa. Esses grupos foram comparados utilizando os testes de associação Teste qui-quadrado de independência, Teste de soma de postos de Wilcoxon e o Teste exato de Fisher. Foram documentadas 1665 pacientes que declaram estar no estado menopáusico, ou seja, há 12 meses sem menstruar e 2088 pacientes no período pré-menopáusico (tabela 4).

Tabela 2: Dados dos achados histeroscópicos das pacientes submetidas ao exame entre 2011 e 2022

Características	N = 3,804
Normal	
NÃO	3,060 (81%)
SIM	721 (19%)
Estenose cervical	
NÃO	3,377 (89%)
SIM	403 (11%)
Pólipo	
NÃO	1,842 (50%)
SIM	1,812 (50%)
Mioma intramural	
NÃO	3,574 (98%)
SIM	80 (2.2%)
Mioma submucoso	
NÃO	3,268 (89%)
SIM	386 (11%)
Malformação uterina	
NÃO	3,617 (99%)
SIM	37 (1.0%)
Sinais de Endometrite	
NÃO	3,533 (97%)
SIM	121 (3.3%)
Espessamento endometrial	
NÃO	3,212 (88%)
SIM	442 (12%)
Sinais sugestivos de malignidade	
NÃO	3,600 (99%)
SIM	54 (1.5%)
Sinéquias	
NÃO	3,438 (94%)
SIM	216 (5.9%)
Atrofia endometrial	
NÃO	3,581 (98%)
SIM	73 (2.0%)
Outros	
NÃO	3,472 (95%)
SIM	182 (5.0%)
Exame interrompido por dor	
NÃO	3,553 (94%)
SIM	227 (6.0%)

Tabela 3: Dados dos resultados da análise histológica das pacientes submetidas a Histeroscopia entre 2011 e 2022

Biópsia na Histeroscopia Diagnóstica	
SIM	394 (100%)
Pólipo	
NÃO	154 (39%)
SIM	240 (61%)
Endometrite	
NÃO	383 (97%)
SIM	11 (2.8%)
Endométrio Secretor	
NÃO	367 (93%)
SIM	27 (6.9%)
Endométrio Proliferativo	
NÃO	363 (92%)
SIM	31 (7.9%)
Biópsia sugestiva de malignidade	
NÃO	334 (85%)
SIM	60 (15%)
Leiomioma	
NÃO	382 (97%)
SIM	12 (3.0%)
Hiperplasia endometrial	
NÃO	380 (96%)
SIM	14 (3.6%)
Material insuficiente	
NÃO	381 (97%)
SIM	13 (3.3%)
Outros	
NÃO	378 (96%)
SIM	16 (4.1%)

Tabela 4: Análise do subgrupo de pacientes pré e pós menopausa atendidas no serviço de histeroscopia entre 2011 e 2022.

Características	Total, N = 3,753 ¹	MENOPAUSA		Valor p ²
		NÃO, N = 2,088 ¹	SIM, N = 1,665 ¹	
Cirurgia Uterina Prévia				0.800
NÃO	1,801 (49%)	1,006 (27%)	795 (21%)	
SIM	1,904 (51%)	1,057 (29%)	847 (23%)	
COMORBIDADES				<0.001
DM				
NÃO	3,211 (87%)	1,952 (53%)	1,259 (34%)	
SIM	485 (13%)	102 (2.8%)	383 (10%)	
HAS				<0.001
NÃO	2,248 (61%)	1,655 (45%)	593 (16%)	
SIM	1,448 (39%)	399 (11%)	1,049 (28%)	
Dislipidemia				<0.001
NÃO	3,366 (91%)	1,992 (54%)	1,374 (37%)	
SIM	330 (8.9%)	62 (1.7%)	268 (7.3%)	
Hipotiroidismo				<0.001
NÃO	3,385 (92%)	1,946 (53%)	1,439 (39%)	
SIM	311 (8.4%)	108 (2.9%)	203 (5.5%)	
Tabagismo				0.100
NÃO	3,350 (96%)	1,896 (54%)	1,454 (42%)	
SIM	141 (4.0%)	70 (2.0%)	71 (2.0%)	
Etilismo				0.035
NÃO	3,317 (96%)	1,856 (54%)	1,461 (42%)	
SIM	150 (4.3%)	97 (2.8%)	53 (1.5%)	
Distúrbios psiquiátricos				0.500
NÃO	3,526 (95%)	1,964 (53%)	1,562 (42%)	
SIM	170 (4.6%)	90 (2.4%)	80 (2.2%)	
Outras comorbidades				0.002
NÃO	3,400 (92%)	1,916 (52%)	1,484 (40%)	
SIM	295 (8.0%)	138 (3.7%)	157 (4.2%)	
QUEIXAS				<0.001
Assintomática				
NÃO	2,122 (57%)	1,314 (35%)	808 (22%)	
SIM	1,605 (43%)	755 (20%)	850 (23%)	
Dor Pélvica				>0.900
NÃO	3,239 (87%)	1,798 (48%)	1,441 (39%)	
SIM	488 (13%)	271 (7.3%)	217 (5.8%)	
Infertilidade				<0.001
NÃO	3,382 (91%)	1,726 (46%)	1,656 (44%)	
SIM	345 (9.3%)	343 (9.2%)	2 (<0.1%)	
SUA				<0.001
NÃO	2,092 (56%)	1,022 (27%)	1,070 (29%)	

				MENOPAUSA
SIM	1,635 (44%)	1,047 (28%)	588 (16%)	
Second Look				<0.001
NÃO	3,658 (98%)	2,014 (54%)	1,644 (44%)	
SIM	69 (1.9%)	55 (1.5%)	14 (0.4%)	
DIU				<0.001
NÃO	3,628 (97%)	1,983 (53%)	1,645 (44%)	
SIM	99 (2.7%)	86 (2.3%)	13 (0.3%)	
ACHADOS AO US				0.079
Posição uterina				
ANTEVERTIDO	2,718 (89%)	1,487 (49%)	1,231 (40%)	
INTERMEDIÁRIO	12 (0.4%)	4 (0.1%)	8 (0.3%)	
RETROVERTIDO	332 (11%)	165 (5.4%)	167 (5.5%)	
Espessura do endométrio	8.1 (4.9, 12.0)	8.7 (4.9, 13.0)	7.9 (5.0, 11.2)	<0.001
Pólipo				<0.001
NÃO	2,147 (67%)	1,001 (31%)	1,146 (36%)	
SIM	1,047 (33%)	707 (22%)	340 (11%)	
Mioma intramural				<0.001
NÃO	2,685 (84%)	1,375 (43%)	1,310 (41%)	
SIM	509 (16%)	333 (10%)	176 (5.5%)	
Mioma Submucoso				<0.001
NÃO	2,576 (81%)	1,265 (40%)	1,311 (41%)	
SIM	618 (19%)	443 (14%)	175 (5.5%)	
Adenomiose				<0.001
NÃO	3,138 (98%)	1,664 (52%)	1,474 (46%)	
SIM	56 (1.8%)	44 (1.4%)	12 (0.4%)	
Espessamento Endometrial				<0.001
NÃO	1,915 (60%)	1,453 (45%)	462 (14%)	
SIM	1,279 (40%)	255 (8.0%)	1,024 (32%)	
Malformação uterina				<0.001
NÃO	3,157 (99%)	1,675 (52%)	1,482 (46%)	
SIM	36 (1.1%)	32 (1.0%)	4 (0.1%)	
Outros Achados				0.002
NÃO	3,093 (97%)	1,638 (51%)	1,455 (46%)	
SIM	100 (3.1%)	69 (2.2%)	31 (1.0%)	
HISTEROSCOPIA				<0.001
Normal				
NÃO	3,021 (81%)	1,533 (41%)	1,488 (40%)	
SIM	710 (19%)	542 (15%)	168 (4.5%)	
Estenose Cervical				<0.001
NÃO	3,330 (89%)	1,982 (53%)	1,348 (36%)	
SIM	400 (11%)	93 (2.5%)	307 (8.2%)	
Pólipo				<0.001

				MENOPAUSA
NÃO	1,818 (50%)	1,262 (35%)	556 (15%)	
SIM	1,786 (50%)	782 (22%)	1,004 (28%)	
Mioma intramural				<0.001
NÃO	3,526 (98%)	1,982 (55%)	1,544 (43%)	
SIM	78 (2.2%)	62 (1.7%)	16 (0.4%)	
Mioma Submucoso				<0.001
NÃO	3,224 (89%)	1,758 (49%)	1,466 (41%)	
SIM	380 (11%)	286 (7.9%)	94 (2.6%)	
Malformação Uterina				<0.001
NÃO	3,567 (99%)	2,012 (56%)	1,555 (43%)	
SIM	37 (1.0%)	32 (0.9%)	5 (0.1%)	
Sinais de endometrite				<0.001
NÃO	3,483 (97%)	1,946 (54%)	1,537 (43%)	
SIM	121 (3.4%)	98 (2.7%)	23 (0.6%)	
Espessamento endometrial				0.036
NÃO	3,166 (88%)	1,816 (50%)	1,350 (37%)	
SIM	438 (12%)	228 (6.3%)	210 (5.8%)	
Sinais sugestivos de malignidade				<0.001
NÃO	3,550 (99%)	2,038 (57%)	1,512 (42%)	
SIM	54 (1.5%)	6 (0.2%)	48 (1.3%)	
Sinéquias				<0.001
NÃO	3,391 (94%)	1,947 (54%)	1,444 (40%)	
SIM	213 (5.9%)	97 (2.7%)	116 (3.2%)	
Adenomiose				<0.001
NÃO	3,541 (98%)	1,988 (55%)	1,553 (43%)	
SIM	63 (1.7%)	56 (1.6%)	7 (0.2%)	
Atrofia endometrial				<0.001
NÃO	3,531 (98%)	2,019 (56%)	1,512 (42%)	
SIM	73 (2.0%)	25 (0.7%)	48 (1.3%)	
Outros Achados				0.017
NÃO	3,425 (95%)	1,927 (53%)	1,498 (42%)	
SIM	179 (5.0%)	117 (3.2%)	62 (1.7%)	
Exame inter dor				<0.001
NÃO	3,503 (94%)	2,003 (54%)	1,500 (40%)	
SIM	227 (6.1%)	72 (1.9%)	155 (4.2%)	
BIÓPSIA				0.140
Pólipo				
NÃO	153 (40%)	73 (19%)	80 (21%)	
SIM	234 (60%)	94 (24%)	140 (36%)	
Endometrite				0.200
NÃO	376 (97%)	160 (41%)	216 (56%)	

MENOPAUSA				
SIM	11 (2.8%)	7 (1.8%)	4 (1.0%)	
Endométrio secretor				<0.001
NÃO	360 (93%)	145 (37%)	215 (56%)	
SIM	27 (7.0%)	22 (5.7%)	5 (1.3%)	
Endométrio proliferativo				0.001
NÃO	356 (92%)	145 (37%)	211 (55%)	
SIM	31 (8.0%)	22 (5.7%)	9 (2.3%)	
Sugestiva de malignidade				<0.001
NÃO	327 (84%)	156 (40%)	171 (44%)	
SIM	60 (16%)	11 (2.8%)	49 (13%)	
Leiomioma				0.500
NÃO	376 (97%)	161 (42%)	215 (56%)	
SIM	11 (2.8%)	6 (1.6%)	5 (1.3%)	
Hiperplasia endometrial				0.800
NÃO	374 (97%)	161 (42%)	213 (55%)	
SIM	13 (3.4%)	6 (1.6%)	7 (1.8%)	
Outros				>0.900
NÃO	371 (96%)	160 (41%)	211 (55%)	
SIM	16 (4.1%)	7 (1.8%)	9 (2.3%)	
ENCAMINHAMENTO				
Second look				<0.001
NÃO	3,471 (95%)	1,887 (52%)	1,584 (43%)	
SIM	191 (5.2%)	153 (4.2%)	38 (1.0%)	
Histeroscopia cirúrgica				<0.001
NÃO	2,030 (55%)	1,287 (35%)	743 (20%)	
SIM	1,632 (45%)	753 (21%)	879 (24%)	
Ambulatorial				<0.001
NÃO	3,005 (82%)	1,582 (43%)	1,423 (39%)	
SIM	657 (18%)	458 (13%)	199 (5.4%)	
Oncologia				<0.001
NÃO	3,638 (99%)	2,038 (56%)	1,600 (44%)	
SIM	24 (0.7%)	2 (<0.1%)	22 (0.6%)	
Cirurgia ginecológica				0.200
NÃO	3,611 (99%)	2,007 (55%)	1,604 (44%)	
SIM	51 (1.4%)	33 (0.9%)	18 (0.5%)	
Alta				0.025
NÃO	2,471 (67%)	1,345 (37%)	1,126 (31%)	
SIM	1,191 (33%)	695 (19%)	496 (14%)	

¹n (%); Mediana (AIQ)

²Teste qui-quadrado de independência; Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher

Em relação às comorbidades, ao nível de 0,05 de significância observou-se haver associações significativas entre a menopausa e patologias como DM, HAS, dislipidemia e hipotireoidismo. Já sobre os hábitos de vida, o tabagismo não teve associação significativa com nenhum grupo. Porém, o etilismo teve uma associação com as pacientes pré-menopausa.

As principais queixas variaram muito entre os grupos. Entre as variáveis analisadas, apenas dor pélvica não teve uma associação significativa com algum grupo. Diante disso, as pacientes pós-menopausa foram associadas com quadros assintomáticos, mas receberam a indicação ao exame de histeroscopia por espessamento ao US. Por outro lado, as pacientes pré-menopausa foram associadas com as queixas de sangramento uterino anormal, infertilidade, second look, análise de DIU na cavidade e outros achados ao US, que incluem condições como malformações uterinas.

Ao ultrassom, a posição uterina mais comum entre os dois grupos foi a anteversão. Houve associação entre volumes uterinos menores e menopausa. Além disso, esse grupo apresentou uma espessura endometrial significativamente menor, quando comparado ao grupo pré-menopausa. Exames sem alterações foram associados a pacientes em idade fértil. Além disso, esse grupo foi associado também aos achados de pólipos, adenomiose e miomas, tanto submucoso quanto intramural ao US. Já as pacientes que afirmaram já terem passado pelo período da menopausa foram associadas com o achado de espessamento endometrial ao US.

No exame da histeroscopia, a estenose cervical foi altamente associada às pacientes pós menopausa junto das interrupções do exame por dor, o que pode estar associado a essa condição, já que 188 das 400 pessoas com estenose cervical tiveram seu exame interrompido por dor. Além disso, outros achados foram associados a esse grupo como presença de pólipos na

cavidade, sinéquias, atrofia endometrial, espessamento endometrial e sinais sugestivos de malignidade.

Por outro lado, o grupo pré-menopausa foi associado aos exames em que não houve alteração na cavidade, além de miomas tanto intramurais quanto submucosos. Ademais, o diagnóstico de malformações uterinas, adenomiose e endometrite também foi associado a essas pacientes.

Por fim, as biópsias realizadas revelaram uma associação entre Menopausa e as biópsias sugestivas de malignidade, sendo que nesse grupo houve maiores taxas de encaminhamento a histeroscopia cirúrgica e a oncologia. Já as pacientes em idade fértil foram associadas a análise histopatológica correspondente a endométrio secretor e endométrio proliferativo.

Análise baseada em subgrupos: pacientes que apresentaram queixa de SUA

As pacientes foram divididas em dois grupos: pacientes que apresentaram queixa de SUA à anamnese x pacientes que não apresentaram. Esses grupos foram comparados utilizando os testes de associação Teste qui-quadrado de independência, Teste de soma de postos de Wilcoxon e o Teste exato de Fisher. Foram registradas 3768 pacientes com queixa de SUA, ou seja, que apresentaram sangramento proveniente do corpo uterino com anormalidade, seja na regularidade, no volume, na frequência ou na duração, em mulheres que não estão grávidas.

Em relação às comorbidades, ao nível de 0,05 de significância observou-se haver associações significativas entre SUA e comorbidades, como tabagismo, etilismo e distúrbios psiquiátricos. Já sobre as queixas, as associações foram significativas para pacientes assintomáticas ou com queixas de dor pélvica e infertilidade. A necessidade de second look e o uso de DIU também representaram achados estatisticamente relevantes.

Sobre o US, notou-se que a maioria das pacientes apresenta útero em anteversão, seguido de retroversão e de posição intermediária. Já com relação ao volume, notou-se que a média total encontrada foi de 85 cc. Os achados normais ao US foram os mais prevalentes, representando 84,6% do total de pacientes com queixa de SUA. Porém, dentre os achados, mioma submucoso, adenomiose e alterações na espessura endometrial foram percebidas como associações estatisticamente significativas para pacientes com SUA.

À histeroscopia, a estenose cervical também foi vista como significativamente associada à queixa de SUA, bem como os miomas intramural e submucoso, as malformações uterinas, o espessamento endometrial, os sinais sugestivos de malignidade e a adenomiose. Além disso, no grupo de pacientes com SUA houve

relevância estatística no achado de pacientes que tiveram seu exame interrompido por dor, sendo que das 1644 pacientes com SUA, 78 necessitaram interromper o exame por dor, representando 4% do total de pacientes do grupo.

Por fim, nos achados de biópsia, pólipos, endométrio secretor e hiperplasia representaram associações relevantes e prevalentes dentre as pacientes com SUA. Das pacientes com a presente queixa, 15% apresentaram queixa de pólipos, 4,9% apresentaram endométrio secretor e 2,8% hiperplasia. Sobre os achados de biópsia indicativos de malignidade, também notou-se uma associação importante e 11% das pacientes com SUA apresentaram achados neoplásicos à biópsia. Os dados são demonstrados na tabela a seguir:

Tabela 5: Análise do subgrupo de pacientes com a queixa de Sangramento Uterino Anormal em relação às demais pacientes atendidas no serviço de histeroscopia entre 2011 e 2022.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL				
Características	Total, N = 3,768¹	NÃO, N = 2,112¹	SIM, N = 1,656¹	Valor p²
Menopausa				<0.001
NÃO	2,069 (56%)	1,022 (27%)	1,047 (28%)	
SIM	1,658 (44%)	1,070 (29%)	588 (16%)	
Cirurgias Uterinas Prévias				0.500
NÃO	1,808 (49%)	1,000 (27%)	808 (22%)	
SIM	1,912 (51%)	1,078 (29%)	834 (22%)	
COMORBIDADES				
DM				0.700
NÃO	3,225 (87%)	1,803 (49%)	1,422 (38%)	
SIM	487 (13%)	277 (7.5%)	210 (5.7%)	
HAS				0.200
NÃO	2,257 (61%)	1,283 (35%)	974 (26%)	
SIM	1,455 (39%)	797 (21%)	658 (18%)	
Hipotireoidismo				0.500
NÃO	3,397 (92%)	1,898 (51%)	1,499 (40%)	
SIM	315 (8.5%)	182 (4.9%)	133 (3.6%)	
Tabagismo				0.023
NÃO	3,365 (96%)	1,902 (54%)	1,463 (42%)	
SIM	139 (4.0%)	65 (1.9%)	74 (2.1%)	
Etilismo				0.004

NÃO	3,330 (96%)	1,888 (54%)	1,442 (41%)	
SIM	150 (4.3%)	67 (1.9%)	83 (2.4%)	
Distúrbios Psiquiátricos				0.001
NÃO	3,540 (95%)	2,004 (54%)	1,536 (41%)	
SIM	172 (4.6%)	76 (2.0%)	96 (2.6%)	
QUEIXAS				
Assintomática				<0.001
NÃO	2,145 (57%)	525 (14%)	1,620 (43%)	
SIM	1,623 (43%)	1,587 (42%)	36 (1.0%)	
Dor Pélvica				<0.001
NÃO	3,276 (87%)	1,684 (45%)	1,592 (42%)	
SIM	492 (13%)	428 (11%)	64 (1.7%)	
Infertilidade				<0.001
NÃO	3,423 (91%)	1,801 (48%)	1,622 (43%)	
SIM	345 (9.2%)	311 (8.3%)	34 (0.9%)	
Second Look				<0.001
NÃO	3,699 (98%)	2,048 (54%)	1,651 (44%)	
SIM	69 (1.8%)	64 (1.7%)	5 (0.1%)	
DIU				<0.001
NÃO	3,667 (97%)	2,024 (54%)	1,643 (44%)	
SIM	101 (2.7%)	88 (2.3%)	13 (0.3%)	
Achados ao US				
Posição Uterina				0.300
ANTEVERTIDO	2,730 (89%)	1,477 (48%)	1,253 (41%)	
INTERMEDIÁRIO	12 (0.4%)	8 (0.3%)	4 (0.1%)	
RETROVERTIDO	336 (11%)	194 (6.3%)	142 (4.6%)	
Espessura Endometrial	8.1 (5.0, 12.0)	7.5 (4.6, 11.0)	9.1 (5.4, 13.8)	<0.001
Pólipo				0.400
NÃO	2,162 (67%)	1,193 (37%)	969 (30%)	
SIM	1,050 (33%)	564 (18%)	486 (15%)	
Mioma Intramural				0.066
NÃO	2,702 (84%)	1,497 (47%)	1,205 (38%)	
SIM	510 (16%)	260 (8.1%)	250 (7.8%)	
Mioma Submucoso				<0.001
NÃO	2,591 (81%)	1,504 (47%)	1,087 (34%)	
SIM	621 (19%)	253 (7.9%)	368 (11%)	
Adenomiiose				<0.001
NÃO	3,154 (98%)	1,738 (54%)	1,416 (44%)	
SIM	58 (1.8%)	19 (0.6%)	39 (1.2%)	
Espessura Endometrial				0.002
NÃO	1,914 (60%)	1,005 (31%)	909 (28%)	
SIM	1,298 (40%)	752 (23%)	546 (17%)	
Malformação Uterina				0.074
NÃO	3,175 (99%)	1,732 (54%)	1,443 (45%)	

SIM	36 (1.1%)	25 (0.8%)	11 (0.3%)	
HISTEROSCOPIA				
Normal				<0.001
NÃO	3,035 (81%)	1,659 (44%)	1,376 (37%)	
SIM	710 (19%)	441 (12%)	269 (7.2%)	
Estenose Cervical				<0.001
NÃO	3,341 (89%)	1,828 (49%)	1,513 (40%)	
SIM	403 (11%)	272 (7.3%)	131 (3.5%)	
Pólipo				0.500
NÃO	1,821 (50%)	1,020 (28%)	801 (22%)	
SIM	1,797 (50%)	987 (27%)	810 (22%)	
Mioma Intramural				0.003
NÃO	3,539 (98%)	1,976 (55%)	1,563 (43%)	
SIM	79 (2.2%)	31 (0.9%)	48 (1.3%)	
Mioma Submucoso				<0.001
NÃO	3,237 (89%)	1,853 (51%)	1,384 (38%)	
SIM	381 (11%)	154 (4.3%)	227 (6.3%)	
Malformação Uterina				0.031
NÃO	3,581 (99%)	1,980 (55%)	1,601 (44%)	
SIM	37 (1.0%)	27 (0.7%)	10 (0.3%)	
Sinais de Endometrite				0.300
NÃO	3,497 (97%)	1,946 (54%)	1,551 (43%)	
SIM	121 (3.3%)	61 (1.7%)	60 (1.7%)	
Espessamento Endometrial				<0.001
NÃO	3,181 (88%)	1,807 (50%)	1,374 (38%)	
SIM	437 (12%)	200 (5.5%)	237 (6.6%)	
Sinais Sugestivos de Malignidade				<0.001
NÃO	3,564 (99%)	1,992 (55%)	1,572 (43%)	
SIM	54 (1.5%)	15 (0.4%)	39 (1.1%)	
Sinéquias				<0.001
NÃO	3,404 (94%)	1,846 (51%)	1,558 (43%)	
SIM	214 (5.9%)	161 (4.4%)	53 (1.5%)	
Adenomiose				<0.001
NÃO	3,555 (98%)	1,993 (55%)	1,562 (43%)	
SIM	63 (1.7%)	14 (0.4%)	49 (1.4%)	
Exame Interrompido por dor				0.003
NÃO	3,517 (94%)	1,951 (52%)	1,566 (42%)	
SIM	227 (6.1%)	149 (4.0%)	78 (2.1%)	
BIÓPSIA				
Pólipo				0.015
NÃO	152 (39%)	60 (15%)	92 (24%)	
SIM	236 (61%)	123 (32%)	113 (29%)	
Endometrite				0.300
NÃO	377 (97%)	176 (45%)	201 (52%)	

SIM	11 (2.8%)	7 (1.8%)	4 (1.0%)	0.032
Endométrio Secretor				
NÃO	362 (93%)	176 (45%)	186 (48%)	0.300
SIM	26 (6.7%)	7 (1.8%)	19 (4.9%)	
Endométrio Proliferativo				0.004
NÃO	358 (92%)	166 (43%)	192 (49%)	
SIM	30 (7.7%)	17 (4.4%)	13 (3.4%)	0.049
Neoplasia Maligna				
NÃO	328 (85%)	165 (43%)	163 (42%)	0.049
SIM	60 (15%)	18 (4.6%)	42 (11%)	
Hiperplasia Endometrial				0.049
NÃO	374 (96%)	180 (46%)	194 (50%)	
SIM	14 (3.6%)	3 (0.8%)	11 (2.8%)	

n/(%) Mediana (AIQ)

Teste qui-quadrado de independência; Teste de soma de postos de Wilcoxon; Teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

O resultado da análise estatística obtido pelo presente estudo estabeleceu o perfil epidemiológico das pacientes atendidas pelo serviço da Histeroscopia do Hospital Universitário entre 2011 e 2022, identificando as principais queixas e o perfil clínico das mulheres submetidas ao exame histeroscópico no serviço. A prevalência e a incidência das principais patologias uterinas também foram obtidas nesta pesquisa. Ao todo, foram incluídas 3804 pacientes no estudo, na faixa etária de 18 a 92 anos, sendo esta uma das coortes mais representativas na área da histeroscopia, abrangendo diversos subgrupos submetidos à técnica e com uma copilação robusta de dados. Até então poucos estudos tiveram uma amostra tão significativa no Brasil e no mundo.

A maioria das participantes possuía entre 34 e 65 anos, com a média de idade de 49,97 anos, apresentando resultado similar ao encontrado na literatura, cuja média foi de 41,2 anos¹⁰. Com relação ao status reprodutivo, 44,6% das mulheres encontravam-se na pós-menopausa (ou seja, sem menstruar por 12 meses consecutivos). Esse achado condiz com outros

estudos semelhantes em que a porcentagem de mulheres pós-menopausa analisadas variou de 32.3% a 62.8%^{11,12,13}.

Ademais, a média de filhos entre as participantes foi de 2,67. Porém, comparando as diferentes faixas etárias analisadas, esse valor variou significativamente. Nas pacientes entre 60 a 70 anos a média de filhos foi de 3,7, já entre as pacientes com 40 a 50 anos essa média foi de 2,3 filhos. Isso pode ser justificado pela tendência de redução da quantidade de filhos por mulher entre as gerações brasileiras, sendo que a taxa de fecundidade no Brasil foi de 2,08 filhos por mulher em idade fértil em 2000 para 1,56 no último ano de 2023¹⁴.

Outro ponto importante de ser destacado é que a presença de comorbidades muitas vezes favorecem a presença de alterações endometriais passíveis de serem identificadas à Histeroscopia. Em estudo base, tanto a Hipertensão como a Diabetes foram identificados como fatores de risco independentes para o desenvolvimento de pólipos endometriais¹⁰. Por outro lado, observou uma associação de 70% entre os

diagnósticos histológicos de câncer de endométrio e a Hipertensão Arterial Sistêmica¹⁵.

No presente estudo, a maioria das mulheres incluídas apresentou alguma comorbidade (56%). A Hipertensão Arterial Sistêmica foi a mais prevalente entre elas, acometendo 39% de todas as pacientes. A diabetes, em segundo lugar, acometeu 13% das pacientes. Comparando este estudo com um estudo similar realizado na região nordeste do Brasil, apesar do N significativamente menor, observou-se taxas semelhantes entre as comorbidades, 47,1% e 11,8% respectivamente. Porém, em um centro terciário na Turquia observou-se uma taxa menor de pacientes hipertensas (9%) sendo esse fato também observado em Hong Kong, em estudo abordando o mesmo perfil de pacientes (27,1%)^{16,17}.

De maneira condizente ao descrito na literatura atual, a principal queixa identificada foi o Sangramento Uterino Anormal (SUA), acometendo 44% das mulheres incluídas no estudo. Essa é uma condição que pode afetar gravemente a qualidade de vida das pacientes, interferindo em seu bem-estar em diversas esferas, incluindo a esfera psicológica, a social e a financeira¹⁸. Para essas pacientes, o exame histeroscópico possui grande valor, uma vez que permite identificar as patologias endometriais no momento do exame, bem como oferecer a elas a possibilidade de biópsia, excisão ou tratamento na mesma ocasião, possibilitando o estabelecimento de um diagnóstico acurado⁹.

O principal achado relacionado ao SUA na literatura é a presença de pólipos endometriais, sendo que em estudo publicado em 2023, demonstrou que 45% das pacientes com queixa SUA tinham um padrão endometrial polipóide no exame histeroscópico¹⁹. Apesar disso, no que se diz respeito aos achados das pacientes com SUA no presente estudo, notou-se que, apenas 22% das pacientes com SUA demonstraram pólipo à histeroscopia. Tal valor, porém, subiu para 29% uma

vez realizada a biópsia, aproximando-se do encontrado na literatura^{20,21}.

A segunda queixa mais frequente tratou das pacientes assintomáticas com indicação de pesquisa endometrial por espessamento identificado à Ultrassonografia (43%). Esse quadro foi intimamente associado às pacientes pós-menopausa. (tabela 4), o que pode ser correlacionado ao fato de que o ponto de corte para espessamento endometrial nesse grupo é menor do que nas pacientes em idade fértil (4mm).

Isso acontece, pois, no caso das mulheres durante esse período, os esclarecimentos fornecidos pela histeroscopia tornam-se ainda mais importantes, pois a prevalência de hiperplasia endometrial atípica e carcinoma endometrial é mais elevada nesta faixa etária. Assim, o descarte desses quadros por meio do exame histeroscópico é necessário, sendo a histeroscopia o padrão ouro para o diagnóstico de qualquer patologia endometrial maligna ou com potencial de malignização^{22,23}.

Ao exame ultrassonográfico transvaginal, as principais alterações do trato feminino encontradas foram espessamento endometrial (40%) e pólipos (33%). Porém, à histeroscopia apenas 12% das participantes apresentaram espessamento endometrial à visualização direta, sendo o principal achado histeroscópico do estudo a presença de pólipo endometrial na cavidade, acometendo 50% das pacientes.

Esse dado pode ser correlacionado com outros estudos que observaram que grande parte das mulheres com espessamento endometrial ao ultrassom, na realidade, apresentam outras patologias intrauterinas quando submetidas a histeroscopia²⁴. Em outro estudo publicado em 2020 e desenvolvido na mesma instituição foi observado esse mesmo padrão, houve uma associação significativa entre espessamento endometrial ao ultrassom e a presença de lesões polipoides na cavidade uterina de pacientes submetidas à histeroscopia²⁵.

Dessa forma, é preciso considerar que o achado de espessamento endometrial no exame ultrassonográfico de ser um indicativo da presença de possíveis lesões endometriais, sendo a histeroscopia o exame adequado para investigação adicional.

Quanto aos achados histopatológicos, verificou-se que 61% deles correspondiam a pólipos e apenas 15% das biópsias tiveram achados sugestivos de malignidade. Logo, com resultados similares aos encontrados na literatura, o pólipos endometrial é o principal achado ao realizar biópsia²⁶.

Cabe ressaltar que muitas vezes a observação da cavidade uterina não permite um diagnóstico concreto. Como observado no presente estudo há uma prevalência maior de achados benignos, apesar lesões suspeitas a histeroscopia. Assim, em casos em que a histeroscopia não conseguir definir a patologia endometrial específica, a realização da biópsia endometrial facilita o diagnóstico²⁷. Por essa razão é recomendada a biópsia de qualquer material histológico retirado ao exame histeroscópico, sejam as pacientes sintomáticas ou assintomáticas²⁴.

Em relação aos encaminhamentos realizados, 0.6% das pacientes foram encaminhadas diretamente à Oncologia, o que está relacionado ao achado de lesão extremamente suspeita de carcinoma de endométrio à histeroscopia. Por outro lado, a maioria das pacientes do presente estudo (51%) teve alta da histeroscopia após o exame ou (45%) foram encaminhadas para resolução de lesões benignas maiores pela histeroscopia cirúrgica na mesma instituição. Dessa forma, percebe-se que a Histeroscopia, além de ser uma técnica simples e segura, oferece grande precisão tanto no diagnóstico de patologias uterinas, quanto na exclusão destas, tendo importantes vantagens sobre outras modalidades diagnósticas e terapêuticas para patologias intrauterinas^{27,28}. Logo, sua alta resolubilidade, pela abordagem “ver e tratar”, explica a baixa necessidade

de encaminhamentos específicos para essas pacientes e permite um seguimento ambulatorial posteriormente sem a necessidade de maiores intervenções.

CONCLUSÃO

O presente estudo ofereceu uma análise abrangente sobre a realização da histeroscopia ambulatorial em uma unidade de Histeroscopia Ambulatorial vinculada ao Sistema Único de Saúde (sus) no Brasil. O trabalho proporcionou uma análise detalhada do perfil epidemiológico das mulheres que se submeteram a esse procedimento, corroborando com os resultados obtidos pela literatura vigente sobre o tema.

Ressalta-se por fim a importância desse exame na prática médica ginecológica, a fim de direcionar a assistência à essa população, investindo ainda mais na promoção de cuidados e informações que possam reduzir a incidência de patologias intrauterinas, além de oferecer assistência adequada e direcionada para melhorar o acesso das pacientes a esse exame.

REFERÊNCIAS

1. George P, Anastasios M. Office Hysteroscopy In: Endoscopy-Innovative Uses and Emerging Technologies. IntechOpen 2015.
2. Riemma G, Vitale SG, Manchanda R, Rathore A, Török P, De Angelis C, et al. The role of hysteroscopy in reproductive surgery: Today and tomorrow. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 2022;51(4):102350.
3. NETTER, A. et al. Histeroscopia diagnóstica. *EMC-Ginecologia-Obstetricia* 2022; 58(2):1-9
4. Salazar CA, Isaacson KB. Office Operative Hysteroscopy: An Update. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2018;25(2):199–208.
5. Carvalho MC de, Rosal MA. Eficácia da histeroscopia diagnóstica em mulheres na pós menopausa. *Research, Society and Development* 2022;11(1).
6. Babacan A, Gun I, Kizilaslan C, Ozden O, Muhcu M, Mungen E, et al. Comparison of transvaginal ultrasonography and hysteroscopy in the diagnosis of

- uterine pathologies. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 2014;7(3):764–9
7. Umranikar S, Clark TJ, Saridogan E, Miligkos D, Arambage K, Torbe E, et al. BSGE/ESGE guideline on management of fluid distension media in operative hysteroscopy. *Gynecological Surgery* 2016;13(4):289–303.
 8. Fagioli R, Vitagliano A, Carugno J, Castellano G, De Angelis MC, Di Spiezio Sardo A. Hysteroscopy in postmenopause: from diagnosis to the management of intrauterine pathologies. *Climacteric* 2020;23(4):360–8.
 9. Pace W. *Ginecologia Minimamente Invasiva: Histeroscopia*. 1 ed. Belo Horizonte: MED BOOK EDITORA CIENTIFICA LTDA, 2021.
 10. Tsonis O, Gkrozou F, Dimitriou E, Paschopoulos M. Hysteroscopic detection of chronic endometritis: Evaluating proposed hysteroscopic features suggestive of chronic endometritis. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 2021;50(9):102182.
 11. Nappi L, Indraccolo U, Di Spiezio Sardo A, Gentile G, Palombino K, Castaldi MA, et al. Are diabetes, hypertension, and obesity independent risk factors for endometrial polyps? *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2009;16(2):157–62.
 12. Shinar S, Bibi G, Barzilay L, Rubens P, Almog B, Levin I. The Value of Diagnostic Hysteroscopy before Operative Hysteroscopy for Suspected Abnormal Intrauterine Findings. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2014;21(2):228–32.
 13. Palin H, Lewis GK, Chen A. Clinical utility and predictive factors for ultrasound-guided hysteroscopy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2022;226(3):1340–1341.
 14. Yazaki L. *A Diminuição da fecundidade no estado de São Paulo.: características e diferenças regionais*. Fundação Seade 2021.
 15. Devabhaktuni P, Allani P, Komatlapalli S, Ksheerasagara RR. Hysteroscopy in one hundred cases of postmenopausal uterine bleeding, in the detection of uterine cancer and atypical endometrial hyperplasia. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2020; 9(6):2253–61.
 16. Aurélio A, Ribeiro Da Costa C, Calábria F, Cavalcanti. Características epidemiológicas das pacientes que se submeteram à histeroscopia cirúrgica em hospital no nordeste do Brasil: estudo transversal 2019.
 17. Wong CLH, So PL. Prevalence and risk factors for malignancy in hysteroscopy-resected endometrial polyps. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2021;155:433–441.
 18. Kolhe S. Management of abnormal uterine bleeding – focus on ambulatory hysteroscopy. *International Journal of Women's Health* 2018;10:127–36.
 19. Jose AA, Daniel M, Phansalkar MD. Hystero-pathological Correlation in Abnormal Uterine Bleeding in a Tertiary Care Hospital in South India. *J Obstet Gynecol India* 2023.
 20. Tsonis O, Fani G, Nabila I, Georgios N, Dimitriou E, Tzallas AT, et al. 20 Years of Experience in Office Hysteroscopy: The Largest Retrospective Study in Greece to Date. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* 2023;50(6):133–3.
 21. Tsonis O, Gkrozou F, Lavasidis L, Paschopoulos M. The history of hysteroscopy as an endoscopic method. *Ginekologia i Poloznictwo* 2023 ;18(2):1–6.
 22. Ribeiro IA, Silva ALG, Pace WAP, Chiari JB, Padrão LR, Lages BPG, et al. Análise de achados histeroscópicos em mulheres com espessamento endometrial à ultrassonografia transvaginal em um hospital público em Minas Gerais: um estudo observacional. *Brazilian Journal of Development* 2021; 7(10), 95366-95379
 23. Vitale SG, Riemma G, Carugno J, Chiofalo B, Vilos GA, Cianci S, et al. Hysteroscopy in the management of endometrial hyperplasia and cancer in reproductive aged women: new developments and current perspectives. *Translational Cancer Research* 2020; 9(12):7767–77.
 24. FEBRASGO. *Manual de Orientação Endoscopia Ginecológica Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia* 2011.
 25. Kac PB, Pena ÂGP, Pace ALL, Pace GL, Pace WAP. Prevalência do pólipó endometrial à histeroscopia em pacientes com espessamento endometrial ao ultrassom endovaginal: um estudo transversal. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas* 2020;4(2):51–5.

26. Accorsi Neto AC, Gonçalves WJ, Mancini SN, Soares Jr JM, Haidar MA, Lima GR, et al. Comparação entre a histerossonografia, a histeroscopia e a histopatologia na avaliação da cavidade uterina de mulheres na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2003;25:667-72.
27. Ma T, Readman E, Hicks L, Porter J, Cameron M, Ellett L, et al. Is outpatient hysteroscopy the new gold standard? Results from an 11 year prospective observational study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2016;57(1):74-80
28. Upadhyay M, Yadav TC, Lakra P, Siwach S, Mahendru R, Sangwan V. Experience of hysteroscopy in a rural tertiary care center of Haryana, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2019; 8(10), 3996-4000.

OS AUTORES DECLARAM NÃO HAVER CONFLITO DE INTERESSE.